FRACTURE

L'OUVERTURE

ET LA SUT

RE-INSTITUTION DU TEN

Le Docteur J

A. COCCOZ

TRAITEMENT

DES

FRACTURES DE LA ROTULE

PAR

L'OUVERTURE IMMÉDIATE ET LARGE DU GENOU

ET LA SUTURE MÉTALLIQUE DES FRAGMENTS

CAS DE FRACTURE ANCIENNE

RECONSTITUTION DU TENDON ROTULIEN. - SEIZE CAS D'OUVERTURE DU GENOU

PAR

Le Docteur Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

PARIS

A. COCCOZ, LIBRAIRE-EDITEUR

14, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE, 14

1890

Principales Publications du Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Sur la Trépanation et sur les Localisations cérébrales.
Trépanation préhistorique.

Trépanation du crâne faite le 22 novembre 1874 pour une fracture de la voûte sans plaie communicante. Guérison complète, par le Dr Just-Lucas Championnière. (Bull. de la Société de Chirurgie. Séance du 27 janvier 1875, rapport de M. Duplay, 1 mars 1875.

Compte rendu de la Société de Chirurgie. — *Coup de feu dans la région temporale gauche. Trepanation, guérison* (Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Mars 1876. — Art. 10195).

Des localisations cérébrales, du rôle qu'elles peuvent jouer dans le diagnostic et le traitement des maladies cérébrales. — Trépan. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Oct. 1876. — Art. 10335).

Des indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du crâne. (Bull. de l'Académie de médecine. Séance du 9 janvier 1877.)

Des indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du crâne. — Méthode opératoire. (Bull. de la Société de Chirurgie, séance du 14 février 1877.)

La trépanation guidée par les localisations cérébrales. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Fév. 1877. — Art. 10425.)

Remarques au sujet du rapport de M. Gosselin sur la trépanation et les localisations cérébrales. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Juin 1877. — Art. 10539.)

Discussion sur les localisations cérébrales. (Bull. de la Société de Chirurgie. Séance du 26 décembre 1877.)

Etude historique et clinique sur la trépanation du crâne. — La trépanation guidée par les localisations cérébrales. In-8° de 150 pages avec 14 figures dans le texte, publié en octobre 1877 et récompensé par l'Académie de Médecine (*prix Amussat*).

Discussion sur le trépan. (Bull. de la Soc. de Chirurgie. Séance du 23 janvier 1878.)

HOMMAGE DE L'AUTEUR

TRAITEMENT

DES

FRACTURES DE LA ROTULE

PAR

L'OUVERTURE IMMÉDIATE ET LARGE DU GENOU

ET LA SUTURE MÉTALLIQUE DES FRAGMENTS

CAS DE FRACTURE ANCIENNE

RECONSTITUTION DU TENDON ROTULIEN. - SEIZE CAS D'OUVERTURE DU GENOU

PAR

Le Docteur Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

PARIS

A. COCCOZ, LIBRAIRE-EDITEUR

14, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE, 14

1890

TRAITEMENT

DES

FRACTURES DE LA ROTULE

PAR L'OUVERTURE IMMÉDIATE & LARGE DU GENOU

ET LA SUTURE MÉTALLIQUE DES FRAGMENTS

CAS DE FRACTURE ANCIENNE

Reconstitution du Tendon Rotulien. - Seize cas d'ouverture du genou

---

J'ai présenté à l'Académie de médecine (11 février 1890) le mémoire suivant qui me paraît digne d'attirer l'attention de tous les médecins. Il n'y a pas sans doute là une pratique qui puisse encore être bien commune, mais une expérience aussi large donne une bonne idée des résultats auxquels on peut atteindre. Cette expérience s'étend chaque jour, car au lieu de 14 cas signalés dans le mémoire, j'en ai 16 aujourd'hui, un nouveau pour fracture récente et une opération très particulière, pour une fracture ancienne suivie d'arrachement du tendon rotulien. J'ai inséré directement le fragment supérieur de la rotule à la tubérosité tibiale par deux gros fils d'argent qui forment un véritable tendon rotulien artificiel (30 janvier 1890) ;

L'extrême simplicité des suites, la perfection des résultats, l'absence d'atrophie musculaire après des fractures récentes, la reconstitution des muscles après les fractures anciennes, la suppression de toute douleur et de toute complication articulaire, l'inutilité des appareils, la marche possible après 3 semaines et très satisfaisante à une courte échéance font de ce traitement la véritable méthode de l'avenir dans le traitement des fractures de la rotule.

« Depuis l'époque où Lister et son élève H. Cameron ont appelé l'attention sur le parti que l'on peut tirer de la

suture de la rotule dans le traitement des fractures, on a publié des cas isolés, mais pas d'études d'ensemble sur le sujet. Cela tient sans doute à ce que personne n'avait eu à sa disposition un nombre de faits assez considérables dans un court espace de temps pour bien étudier la valeur de la méthode. J'apporte aujourd'hui quatorze cas de sutures pratiquées avec succès, sans accidents et avec d'excellents résultats.

Ils me permettront, je l'espère, de développer devant vous les raisons qui me font admettre que le véritable traitement des fractures de la rotule est l'ouverture large et immédiate du genou, suivie de la suture de la rotule. Ce traitement doit être appliqué chez tous les individus chez lesquels un état cachectique grave comme le diabète ou l'albuminurie ne contre-indique pas une opération. Je me suis même repenti de l'avoir refusé à un vieillard qui l'aurait sans doute très bien supporté et qui est resté à peu près infirme malgré un traitement très exact par les moyens ordinaires.

Les 14 cas que je vous présente se décomposent ainsi : 4 opérations pour fractures anciennes, 1 opération pour refracture après une première guérison par un appareil et neuf opérations pour fractures récentes.

Les opérations pour fractures récentes, qui sont les plus intéressantes, ont été faites entre le premier et le douzième jour après la fracture et toutes mes dernières opérations, le plus rapidement possible. Deux ont été faites moins de vingt-quatre heures après l'accident et une moins de douze heures. A l'avenir, je procéderai toujours ainsi. Cela est d'autant plus important que, tandis que la fracture de la rotule est l'une des plus douloureuses, avec un traitement toujours pénible, l'incision large fait tomber toutes les douleurs et transforme le traitement en un traitement sans douleur. Je conviens toutefois que l'aspect de l'articulation du genou que l'on ouvre à une époque aussi rapprochée de la fracture n'a rien d'encourageant. Les désordres articulaires et péri-articulaires dus à une fracture de rotule sont considérables. Infiltration sanguine au dehors et au dedans de l'articulation, déchirure de la capsule, œdème extraordinaire de la synoviale donnent à l'immense plaie le plus vilain aspect. Mais, pour le chirurgien bien ferme dans les principes de la chirurgie antiseptique, l'ouverture de ces plaies n'a pas d'inconvénients ; et, c'est précisément cet aspect de l'articulation qui démontre la nécessité de l'intervention. On comprend qu'en enlevant tous ces caillots, en vidant la synoviale, en débarrassant les fragments de tous les corps étrangers qui les encroûtent, on va réparer en quelque sorte à neuf cette articula-

tion, et prévenir toutes les complications articulaires dont l'évolution était fatale. C'est alors qu'on conçoit bien pourquoi sont vaines les espérances des chirurgiens qui s'efforcent de faire seulement la coaptation des fragments. Ils ne peuvent rien contre l'état articulaire ; et cette coaptation même n'est pas possible dans l'immense majorité des cas.

Ainsi, dès l'époque la plus rapprochée de l'accident, l'articulation peut être nettoyée et réparée.

Mais, il y a beaucoup plus ; et l'os est en quelque sorte réparé immédiatement. Je place, en effet, deux gros fils métalliques dans sa substance ; les bords de la fracture sont mis en contact intime ; et, du coup, le triceps crural est réinséré. En effet, dès lors l'os est solide ; et c'est une des vives satisfactions de l'opérateur de voir se produire *les contractions efficaces du triceps crural et de constater qu'il n'y a aucune tendance à cette atrophie musculaire* qui joue un si grand rôle dans les suites des fractures de la rotule.

J'ai dit tout à l'heure que les suites de l'opération n'étaient pas douloureuses. En effet, dès le lendemain de l'opération toute douleur disparaît pour ne plus reparaître.

Je draine avec soin la périphérie de l'articulation, ce qui est un point important pour obtenir les suites les moins douloureuses possibles. Je l'ai démontré pour les grandes plaies articulaires. Je l'ai démontré aussi pour la résection du genou en particulier, opération pour laquelle j'ai une grande expérience, ayant aujourd'hui pratiqué 40 de ces résections. N'ayant perdu aucun de mes opérés, j'ai pu constater que les opérations sont d'autant moins douloureuses que l'on détend mieux la grande plaie.

En outre, l'opération n'est suivie d'aucune immobilisation réelle. Pendant huit jours, une gouttière pour éviter au sujet de grands mouvements douloureux ; et huit jours plus tard, après le premier pansement, le membre libre dans un pansement modérément serré. Dès ce moment, des mouvements peuvent être faits sans inconvénients par l'articulation.

Mais le point capital, c'est la rapidité avec laquelle on peut rendre le membre à sa fonction. C'est entre vingt et vingt-cinq jours après l'opération qu'on peut permettre la marche. L'un de mes opérés, celui de l'observation n° 7, a marché le dix-huitième jour. Cela doit s'entendre des premiers essais de marche, car il est de l'intérêt du sujet de ne pas commencer aussi vite des mouvements très violents. En ce qui concerne la possibilité de la marche normale, il y a entre les sujets quelques différences, mais on est toujours surpris de la rapidité avec laquelle elle s'éta-

blit. J'ai présenté à la Société de chirurgie deux hommes dont l'un était au quarantième jour et l'autre au trente-cinquième jour après l'opération. Tous deux avaient monté les deux étages sans aucune difficulté et marchaient si bien que deux jours plus tard, ils partaient pour l'asile de Vincennes. Ce n'étaient pas des sujets exceptionnels.

Cependant, quelques-uns de ces cas étaient particulièrement graves. Nous pourrions citer le n° 9. Un homme lourdement chargé avait fait une chute du haut d'une voiture de blanchisseuse. Sa rotule avait été littéralement broyée, puisqu'elle était divisée en huit fragments qui furent réunis par la suture en une sorte de marquetterie. Il guérit sans encombre, malgré un point de sphacèle de la peau déchirée. Dans le cas n° 11, il y avait un fragment complètement détaché que j'enlevai entièrement. La réunion est parfaitement solide et rapidement obtenue.

Dans tous ces cas opérés peu après l'accident, la réunion est évidemment osseuse ; il est impossible de retrouver un intervalle entre les fragments. On sent les fils à travers la peau. La solidité de la rotule est complète. On ne trouve aucune différence entre les deux membres au point de vue du développement musculaire. Les sujets sont parfaitement solides et susceptibles de porter des fardeaux.

L'expérience que j'ai de mon cas le plus ancien, qui date de 1883, me permet de dire que ces résultats si rapidement obtenus se maintiennent parfaitement. Les fils d'argent que je place au nombre de deux n'ont aucune tendance à s'éliminer. J'ai eu l'occasion seulement une fois d'extraire l'extrémité de l'un d'eux qui s'était cassée.

Quel est le traitement de fracture de rotule qui peut rivaliser avec celui-ci ? Pas de douleurs ; pas d'appareils ; innocuité parfaite ; reprise de la marche après trois semaines ; marche parfaite dans un délai de six semaines à deux mois. — Ces résultats seront d'autant plus complets que l'intervention aura été plus prompte et plus large. Il faut rejeter toutes les demi-mesures et toutes les tentatives pour réduire les incisions et éviter les ouvertures parcimonieuses.

C'est là le type le plus parfait de l'intervention. Cependant, après les mauvais résultats des méthodes ordinaires, on peut encore intervenir avec succès. Toutefois, il faut bien savoir qu'alors la perfection du résultat est infiniment moins assurée. Mais l'excellence de la méthode est telle qu'on doit y recourir. Je l'ai fait cinq fois dans les circonstances suivantes. Une première fois en 1883, chez un sujet que j'avais soigné et qui après 4 mois n'avait pas de réunion, ne pouvait marcher, et debout ne pouvait soulever aucun fardeau. Réunion parfaite, marche excellente.

Le sujet, charretier d'un fardier, avait repris son métier ; je l'ai revu depuis marchant très bien.

Le deuxième sujet est une femme âgée de 56 ans qui *avant l'opération*, un an après la fracture, est incapable de marcher quoiqu'elle ait été soignée d'une façon très particulière avec la griffe de Malgaigne. Sa cuisse est dans un état d'atrophie très décourageant ; aucun mouvement de la pointe du pied. *Après l'opération* elle marche sans difficulté et a pu se remettre à travailler. Réunion solide.

Les trois derniers cas sont plus curieux encore. Dans ces cas, l'écart des fragments n'a pu être complètement réduit, malgre tous les efforts. Il en résulte que les fragments avec les deux fils d'argent constituent *une véritable charnière*. Depuis cette réunion, qui a réinséré le triceps, ce muscle s'est reconstitué. Le membre est redevenu puissant. Les opérés peuvent relever la pointe du pied et enlever le membre en avant. Ces sujets tout à fait infirmes, l'un un an, l'autre treize mois après l'accident sont en possession de tous leurs mouvements et le travail ne fera que rendre leur situation meilleure. Cependant, il s'agit de sujets qui avaient essuyé à peu près partout des refus d'opérations. L'un en particulier, qu'a bien voulu m'envoyer le Dr Schloss, de Montevideo.

Un cinquième sujet, enfin, marche à l'aide de cette charnière métallique. C'est un homme qui, très bien guéri d'une fracture de rotule, s'est représenté pour une refracture. Il marche solidement on peut dire avec ses fils pour point d'appui.

Pour tous ces malades il est bien remarquable qu'aussitôt les muscles réinsérés les contractions ont commencé à revenir. Avant l'opération, l'électricité et le massage ne donnaient aucun résultat. Après l'opération l'électricité et le massage ont facilement et rapidement reconstitué des musclesqui paraissaient perdus pour toujours. C'est un fait très encourageant et que j'ai bien souvent observé pour d'autres régions, pour d'autre chirurgie osseuse et dont j'ai tiré un grand parti dans les opérations de réparation osseuse.

Je puis ajouter qu'après l'expérience de ces cas où j'ai obtenu de bons résultats malgré l'impossibilité de réunir les fragments, j'ai pris des dispositions pour constituer mieux encore cette charnière métallique. Dans les cas de cette sorte, je disposerai mes points de sutures de telle façon que les tractions exercées sur les fils ne puissent jamais avoir d'inconvénients. Les bons résultats obtenus même sans cette précaution m'assurent qu'il sera bien facile d'y réussir (opération du 30 janvier 1890).

Je ne vois pas là du reste un encouragement à employer

les méthodes anciennes en se réservant de faire des opérations secondaires en cas de mauvaises suites. Ces opérations secondaires sont toujours très inférieures aux opérations primitives ; je veux avant toutes choses affirmer que la suture primitive de la rotule après large ouverture de l'articulation est le meilleur et le plus sûr de tous les moyens de traitement de la fracture.

Toutes ces observations différentes par les époques et les détails d'intervention concourent à donner la preuve des propositions que j'ai développées. Elles ont été pratiquées publiquement depuis 1883, époque de la première opération.

Mais on ne devra pas oublier que, pour obtenir ces résultats, il faut ouvrir l'articulation résolument et le plus vite possible. Le nettoyage de cette articulation devra être parfait. L'antisepsie devra être pratiquée à l'aide de moyens puissants. La suture doit être solide et serrée, faite avec de bons fils de gros calibre. J'aime mieux placer deux fils parallèles que me contenter d'un seul fil, comme l'avait fait Lister dans ses premières observations. Parmi les soins les plus importants, je recommande de ne pas immobiliser l'articulation. C'est là un point capital pour avoir une articulation souple, un genou facile à fléchir et aucune atrophie musculaire.

Le passage des fils s'effectue aisément avec un poinçon perforé, le seul instrument que j'emploie.

Avec ces précautions générales, l'opération que je préconise aujourd'hui me paraît constituer l'idéal du traitement d'une fracture, puisqu'aussitôt l'opération faite, la continuité de l'os est rétablie et les effets de la contusion : épanchements, tension, douleur cessent de se faire sentir. Les suites éloignées et les suites immédiates de la fracture trouvent également et instantanément leur remède.

(Extrait du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Mars 1890).

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

Principales Publications du Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Sur la Trépanation et sur les Localisations cérébrales.
Trépanation préhistorique.

Recherches récentes sur la pathologie cérébrale chirurgicale. — Trépanation et localisations cérébrales. — Faits expérimentaux relatifs aux traumatismes de l'encéphale. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Mars 1879. Art. 11054.)

Trépanation dans l'épilepsie après traumatisme sans fracture. — Guérison. (Journ. de médecine et chirurgie pratiques. — Avril 1882. — Art. 11995.)

Les erosions dentaires du rachitisme et de la syphilis ; du procédé de la trépanation préhistorique. (Journ. de médecine et de chirurgie pratiques. Juillet 1883. Art. 12348.)

Discussion de la Société de Chirurgie. Séance du 6 juin 1883.

Rapport sur un mémoire de M. Linon, médecin-major : *Sur cinq observations de plaie de tête* ; sur une observation de M. Bélime, médecin-major : *Trépanation suivie de succès. — Localisations cérébrales.— Trépanation chez les Kabyles.* (Bul. de la Soc. de Chir. Séance du 12 août 1885.)

Rapport sur un cas de trépanation du crâne pour fracture ancienne suivi d'une observation personnelle de trépanation pour un cas de fracture ancienne. (Bull. de la Soc. de Chir. — 17 Mars 1886.)

Trépanation du crâne. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Avril 1886. — Art. 13218).

Sur une série de vingt cas de trépanation du crâne. — Innocuité de cette opération. Quinze cas pour accidents cérébraux en dehors du traumatisme. (Bull. de la Soc. de Chir., 27 juin 1888.)

Trépanation pour hémorrhagie cérébrale. Série de trépanations pour accidents divers : vertiges, épilepsie vraie et symptomatique. (Académie de Médecine, 20 Août 1889 ; Oct. 1889. — 14277.)

Clermont (Oise). — Imp. Daix frères, place Saint-André, 3.

24ColorCard CameraTrax.com
STAINLESS STEEL